

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 102

Travail de la Clinique chirurgicale du Professeur BÉRARD
et du Centre anti-cancéreux de Lyon

Du traitement
des épithéliomas ectodermiques de la face
récidivés
après traitement par les agents physiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 18 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François CARRET

Né le 21 Octobre 1903 à CHAMBÉRY (Savoie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1929

Du Traitement des Epithéliomas ectodermiques de la Face
récidivés après traitement par les agents physiques



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 102

Travail de la Clinique chirurgicale du Professeur BÉRARD
et du Centre anti-cancéreux de Lyon

Du traitement
des épithéliomas ectodermiques de la face
récidivés
après traitement par les agents physiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 18 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François CARRET

Né le 21 Octobre 1903 à CHAMBÉRY (Savoie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. PIC
Cliniques chirurgicales		PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		BRETIN.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie Interne		POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON.
Anatomie pathologique		FROMENT.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		FAVRE.
Médecine légale		PADEL.
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		Etienne MARTIN.
Pharmacie		COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....		SAVY.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de	Pathologie externe	MM. VALLAS.
—	Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, président ; SANTY, assesseur ;
CHALIER A. et WERTHEIMER, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR FRANÇOIS CARRET

A MA MÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD
Professeur de Clinique Chirurgicale
Officier de la Légion d'Honneur

A MON JURY

Du Traitement des Epithéliomas ectodermiques de la Face récidivés après traitement par les agents physiques

Introduction

Parmi les épithéliomas ectodermiques de la peau de la face il en est un certain nombre qui sont reconnus aujourd'hui par la plupart des auteurs comme justiciables du traitement par les agents physiques. Ceux-ci en effet, aussi bien et peut être mieux dans nombres de cas que le bistouri, peuvent en obtenir une guérison définitive sans laisser de cicatrice disgracieuse.

Malheureusement si dans beaucoup de lésions superficielles et limitées, on est susceptible d'obtenir par les agents physiques un résultat définitif, il est un certain nombre de cas où, pour des raisons que nous étudierons plus loin, l'on observe une récurrence d'évolution locale souvent plus étendue et plus grave que la lésion primitive et dont le problème thérapeutique est infiniment plus compliqué.

Devant l'étendue des lésions, dans beaucoup de ces cas, la tendance de nombreux médecins, est d'abandonner ces malades au traitement symptomatique. Les observations que nous apportons sous l'inspiration de Monsieur le Professeur Bérard prouvent qu'on peut, même dans ces cas récidivés, par une thérapie

tique bien dirigée obtenir des résultats éloignés intéressants à condition de ne plus recourir au traitement radiothérapique mais à l'exérèse chirurgicale large suivie au besoin d'un traitement radiumthérapique et diathermique sur les lésions en voie de cicatrisations. C'est donc à ces épithéliomas ectodermiques de la face récidivés que nous consacrons ce modeste travail afin de chercher à préciser d'après les documents du centre anticancéreux de Lyon leurs conditions particulières d'évolution, les raisons de l'échec ou de l'insuffisance du premier traitement, les directives essentielles de leur thérapeutique. Dans le décevant problème de la lutte anticancéreuse, il arrive trop souvent encore que devant l'étendue et la malignité des lésions rencontrées, le chirurgien reste totalement désarmé. Il n'est donc pas inutile de montrer qu'on peut, dans certaines catégories de cas, par une action judicieusement conduite étendre au delà des limites classiques reconnues les possibilités de guérison prolongée où même définitive.

Qu'il nous soit permis avant d'entreprendre cette étude d'adresser des remerciements à ceux qui ont bien voulu, soit dans le cours de nos études médicales, soit dans la préparation de ce travail, être pour nous des guides éclairés. Notre reconnaissance en particulier va à M. le Professeur Bérard à qui nous devons le sujet de ce travail et à ses assistants du centre anticancéreux du sud-est.

Nous demeurons l'obligé du Docteur Creyssel et du Docteur Novel pour le précieux concours qu'ils ont bien voulu apporter à nos recherches.

CHAPITRE PREMIER

Conditions particulières du traitement de ces Epithéliomas récidivés

Ces récidives se présentent au point de vue étiologique, anatomique et clinique dans des conditions qu'il importe de bien considérer avant de discuter du traitement.

I. — Conditions étiologiques

Pourquoi le traitement par les agents physiques n'a-t-il pas pu guérir définitivement les lésions ?

Nous nous trouvons en réalité devant plusieurs cas à envisager.

a) Il peut s'être agi d'une faute de technique. Le malade peut pendant l'application, par suite du man-

que de surveillance, se déplacer légèrement au-dessous du localisateur modifiant l'emplacement des zones à irradier et laissant une portion de la tumeur en dehors du faisceau de rayons X. Ou bien le localisateur en plomb peut glisser et protéger une partie de la tumeur qu'il soustrait à l'action des rayons. Ces fautes de surveillance s'expliquent d'autant plus facilement que le malade est surveillé à travers une glace au plomb et que la personne chargée de la surveillance se trouve dans une pièce voisine. Ainsi avec des malades indociles c'est un accident qui peut facilement se produire.

Dans un autre cas il peut s'agir de l'application d'une dose insuffisante : c'est ce qui se voit en général dans les cas où l'on observe des récidives après un traitement au radium. Sans vouloir entrer dans des considérations de technique radiologique qui sortiraient du cadre de cette étude, disons que quand on suit l'évolution de la technique des épithéliomas cutanés, on voit que la dose administrée a subi une augmentation nettement progressive. A mesure que la dose s'élevait diminuait le nombre des insuccès et les statistiques les meilleures étaient publiées par ceux qui appliquaient d'emblée les doses les plus élevées. L'augmentation de la dose a pour limite l'impérieuse nécessité de respecter ou du moins de ne pas léser irrémédiablement les éléments normaux entourant les cellules néoplasiques puisque tout porte à croire que le rôle de ces éléments est aussi important dans la guérison du néoplasme que l'action des rayons X sur les éléments néoplasiques eux-mêmes. C'est dire que

la technique actuelle est loin d'être définitive et qu'il est des cas où, comme dit Belot, l'on navigue entre deux écueils : ou donner une dose classique et ne **pas guérir**, ou la dépasser notablement et risquer de **ne pas guérir** parce que les éléments du stroma frappés eux aussi, ne pourront assurer la guérison en achevant la destruction des débris néoplasiques qui souvent ne demandent qu'à proliférer.

b) Il peut s'être agi d'une tumeur spécialement radio-résistante. Nous reviendrons au chapitre suivant sur ce point particulier de la radio-résistance.

c) Il s'agit surtout le plus souvent d'une faute d'indication.

En effet l'on constate actuellement à la suite de la publication des bons résultats obtenus, une généralisation peut être trop grande de l'application aux épithéliomas cutanés de la face des techniques radiothérapiques, en particulier de la technique dite à feu nu, dont Costes s'est fait à Lyon le défenseur dans diverses publications et dans la thèse de son élève Girel.

Ce mode d'application, comme son nom l'indique, consiste simplement à donner au malade une dose unique mais massive de rayons moyennement pénétrants sans interposition d'aucun filtre entre l'ampoule et la région irradiée. Sans doute s'il s'agit d'épithéliomas limités, superficiels, de bons résultats peuvent être aisément obtenus par le feu nu au prix d'une cicatrice, fragile d'ailleurs, mais dans ces cas souvent l'on peut par le bistouri, la coagulation, la radiothérapie filtrée ou la radiumthérapie obtenir des résultats

aussi bons avec une meilleure cicatrice moins fragile, moins sensible aux irritations chroniques difficilement évitables pour les sujets exposés aux intempéries, à la poussière etc. cicatrices qui souvent nous paraissent être à l'origine de récédive tardive du processus épithéliomateux.

Mais il est des catégories d'épithéliomas où cette technique, quelque correcte qu'ait été son application, aboutit presque fatalement à un échec ou à une récédive. Ce sont :

1° Les épithéliomas siégeant dans les zones cartilagineuses de la face (ailes du nez, lobules de l'oreille) avec infiltration en profondeur de ce cartilage. Dans ces cas le feu nu détruit parfois les cellules néoplasiques mais au prix de la nécrose du cartilage sous-jacent et d'ulcérations trophiques persistantes. Si par hasard quelques cellules échappent à la destruction, les conditions deviennent singulièrement favorables à la pullulation nouvelle dans ces tissus stupéfiés, incapables de réaction phagocytaires et humorales et où se mélangent intimement le processus nécrotique et le processus néoplasique, sans qu'il soit toujours possible, même le bistouri en main, de fixer la limite qui revient à chacun d'eux.

2° Les épithéliomas développés sur les parois des envités osseuses de la face notamment au niveau de l'angle interne de l'œil (cellules ethmoïdales et canal lacrymal). Là souvent sous une lésion d'apparence superficielle que le feu nu fait fondre et cicatriser il y a persistance d'une pullulation de cellules néoplasiques profondes à évolution térébrante et l'on est

tout surpris sous une petite ulcération de récidence en apparence insignifiante de découvrir des bourgeons néoplasiques infiltrant en profondeur, à distance et obligeant à des délabrements énormes pour dépasser les lésions.

Dans ces deux cas, le traitement par la radiothérapie superficielle a été une erreur d'indication. La récidence est alors fatale et bien plus difficile à guérir que la lésion initiale : on peut dire qu'elle existe en germe dès le jour où l'on applique le traitement radiothérapique, les cas de guérison définitive par ce traitement devenant dans ces localisations particulières une proportion extrêmement faible des cas traités. Et c'est pourquoi à l'heure actuelle, dans le service de M. le Professeur Bérard, les épithéliomas localisés au niveau des zones ci-dessus définies sont ou bien traités par le bistouri, ou bien confiés, lorsque l'exérèse totale est impossible, au traitement radiumthérapique.

II. — Conditions anatomiques

Lorsque la récidence s'est produite par suite des facteurs précédemment étudiés, les conditions anatomiques dans lesquelles se développent de telles lésions compliquent singulièrement le problème thérapeutique. En effet : En premier lieu ces lésions de récidence pour les raisons étudiées ci-dessus et par suite de leur évolution torpide sous une cicatrisation superficielle longtemps maintenue, sont souvent très étendues, très

profondes, et comportent des prolongements résultant de l'anatomie normale des cavités de la face ; le bourgeonnement néoplasique envahissant par exemple les cellules ethmoïdales, l'inguis, le sac lacrymal. Il y a donc là une première raison obligeant à des délabrements considérables pour donner quelques chances de guérison définitive.

En second lieu les conditions anatomiques des tissus sur lesquels on intervient sont particulièrement mauvaises : souvent ces tissus sont devenus *radio-résistants* interdisant une reprise thérapeutique par les agents physiques. Nous reparlerons de ce phénomène très complexe. En tout cas leurs conditions trophiques sont devenues très mauvaises pour le traitement chirurgical. On sait en effet la fragilité des tissus irradiés qui souvent se sphacèlent après l'intervention interdisant toute tentative de suture ou d'autoplastie d'avance vouée à l'échec. En outre dans ces tissus la limite est peu nette entre la zone saine, la zone de simples troubles trophiques et la zone néoplasique. Il est ainsi difficile de fixer d'avance les limites de l'exérèse nécessaire. Enfin, la localisation dans les zones squelettiques ou cartilagineuses déjà en partie nécrosées par les agents physiques est encore défavorable parce que l'élimination de séquestres s'y continuera fatalement après l'acte chirurgical. Ces tissus se trouvent ainsi encore dans les plus mauvaises conditions de résistance aux phénomènes infectieux.

III. — Conditions cliniques

Ces conditions se présentent également sous un jour défavorable. En effet on a affaire en général à des sujets âgés, parfois très âgés même assez souvent tarés. Ce sont des malades qui présentent ce que l'on a appelé le terrain néoplasique. Chez eux des causes locales prédisposent au développement de tumeurs. Nous n'insisterons pas sur le traumatisme car beaucoup de malade ont tendance à attribuer l'origine de leurs maux quels qu'ils soient à un traumatisme, mais le rôle de l'inflammation chronique est plus net : développement fréquent d'un épithélioma sur une plaque de leucoplasie linguale, sur une ancienne cicatrice de brûlure etc. Ils peuvent présenter des crasses séniles multiples si bien que parfois plusieurs néoplasmes évoluent chez eux en même temps. Leur état général est fréquemment médiocre. Enfin, souvent ils sont porteurs de lésions infectées secondairement.

Toutes ces conditions semblent évidemment peu favorables à un traitement radical nouveau de telles lésions et pourtant s'il était nécessaire de les connaître pour bien juger à leur valeur les résultats de ce traitement, il faut savoir qu'il existe à côté de ces facteurs défavorables des facteurs favorables qui justifient les tentatives thérapeutiques et expliquent la possibilité de bons résultats.

Un point essentiel consiste dans la tendance de ces lésions quelle que soit leur malignité locale et leur

tendance désespérante à la récurrence in situ à rester des lésions locales. En effet les différentes variétés de tumeurs malignes ont une malignité très différente suivant les cas. Il y a toute une gamme de virulence non seulement pour l'ensemble des néoplasmes malins mais aussi dans chaque groupe de ces tumeurs. Dans les cas qui nous intéressent on constate que les lésions ont peu de tendance à l'envahissement ganglionnaire ne donnent que rarement naissance à des métastases et ont une très longue évolution sans que l'état général des porteurs soit gravement atteint.

Il faut considérer aussi que l'on peut au niveau de la face se livrer à des mutilations étendues sans que la gravité opératoire soit considérable grâce aux techniques modernes, à l'extension du domaine de l'anesthésie générale et surtout locale et à la facilité de faire des opérations en plusieurs temps.

C'est pourquoi l'on peut dire que tant que la lésion demeure limitée à la face on peut aller jusqu'aux extrêmes limites des possibilités thérapeutiques.

CHAPITRE II

Principes directeurs du traitement de ces Epithéliomas récidivés

Des considérations étiologiques, anatomiques et cliniques développées dans le chapitre précédent on peut tirer quelques conclusions qui serviront de base aux principes directeurs de la thérapeutique applicable à de telles lésions.

En premier lieu il y a dans de nombreux cas contre indication à un nouveau traitement par les agents physiques par la radiothérapie en particulier.

On se trouve en effet en face de tissus à la limite de toute résistance. incapables de réactions cellulaires et humorales nécessaires à la réparation. De plus les cellules néoplasiques semblent avoir acquis une radio-résistance à la suite du premier traitement. Il s'agit là d'un phénomène très intéressant mais extrêmement complexe dans lequel entrent en jeu des fac-

teurs nombreux et multiples. Pierre Delbet déjà l'avait signalé en 1914 et bien plus récemment il a fait l'objet de communications de Roussy et Simone Laborde de Belot, de Bérard, Dunet. Le problème est loin d'être résolu, on a pas encore trouvé de caractéristique histologique dans la cellule épithéliale cancéreuse qui témoigne de son état de vaccination mais les caractéristiques histologiques du stroma conjonctivo-vasculaire cependant sont susceptibles de donner quelques indications utiles au point de vue de l'évolution des cancers en traitement. (1).

Quoiqu'il en soit la conclusion unanime des auteurs est qu'il ne faut pas dans le traitement d'un épithélioma cutané par les agents physiques espérer une reprise de traitement après un premier échec dû à son insuffisance. Il faut choisir pour chaque cas le procédé susceptible de guérir et l'appliquer avec une technique aussi rigoureuse que possible. Si la lésion ne cède pas il est nécessaire la plupart du temps de changer de méthode et de recourir à la chirurgie.

Cette règle n'est pourtant pas absolue : à côté des cas étudiés ci-dessus en effet, il en est où le peu d'infiltration des lésions et la résistance encore suffisante des tissus (lorsque les irradiations antérieures n'ont pas été trop fréquentes) autorisent à modifier la technique d'application du rayonnement soit en utilisant le radium lorsque les premières tentatives ont été faites avec les rayons X soit en employant les rayons X non filtrés lorsque les applications antérieures ont été

(1) Roussy et Simone Laborde : *Journal de Radiologie*, février 1928.

faites avec le radium soit encore en modifiant le procédé d'application du radium.

En second lieu, lorsque le traitement chirurgical est indiqué il résulte des conditions anatomiques locales l'impossibilité de tenter ce traitement chirurgical avec une réparation immédiate de la mutilation : les troubles trophiques des tissus circonvoisins s'opposent en effet absolument à toute tentative de sutures et d'autoplasties qui n'aboutiraient qu'au sphacèle et à des dégâts plus étendus. Là encore il est évidemment des cas particuliers où la zone de troubles trophiques pouvant être largement dépassée d'une part, l'état anatomique des tissus voisins permettant des glissements étendus d'autre part, on pourra tenter la réparation autoplastique. Mais en règle générale l'étendue de la mutilation, les conditions locales des tissus voisins, permettent tout au plus des sutures partielles dont il faut connaître d'ailleurs la précarité. Et le plus souvent, c'est sur le bourgeonnement et l'épidermisation secondaire qu'il faut compter. Ils sont susceptibles on le verra de donner dans certains cas des réparations étonnantes mais la guérison complète est souvent très lente et l'épidermisation demeurera fréquemment incomplète et fragile.

Une autre conséquence de l'état anatomique des lésions, de leur caractère infiltrant, des limites peu nettes entre la zone de troubles trophiques et la zone néoplasique est l'impossibilité fréquente de faire (sauf dans des cas particuliers tel que l'oreille) l'ablation idéale en vase clos de toute la lésion néoplasique en passant au large en tissu sain. En effet très souvent

l'incision première ne permet pas d'enlever en bloc toute la lésion ainsi qu'il est de règle dans la chirurgie des cancers toutes les fois qu'il est possible · c'est seulement après ablation partielle des lésions qu'on peut apprécier toute leur étendue et juger des limites exactes de l'acte opératoire. La plupart du temps il s'agira d'une chirurgie à la demande (Sebileau) qui exigera un traitement complémentaire par le radium et parfois dans la suite des interventions complémentaires véritables retouches imposées par la surveillance attentive de la plaie.

On se trouve encore dans la nécessité de faire une prothèse réparatrice. Comme nous l'avons vu en effet au cours de cette étude les interventions que l'on est amené à pratiquer conduisent souvent à des délabrements considérables au niveau de la face et si l'on ne doit pas reculer devant de telles mutilations il convient ensuite de corriger le mieux possible la défiguration parfois repoussante qui en résulte. Comme il ne peut être question d'autoplastie dans de tels cas on pratiquera une prothèse et ceci non seulement au point de vue esthétique mais aussi dans le but de protéger les cicatrices après réparation de la brèche par une épidermisation lente.

On peut donc de l'exposé qui précède déduire la conduite générale à suivre dans le traitement de ces épithéliomas récidivés :

a) L'acte primitif et essentiel est un acte chirurgical : c'est une intervention large pratiquée (sous anesthésie locale le plus souvent) sans souci de la mutilation créée ni de sa réparation immédiate, com-

portant l'ablation en bloc par une première section de toutes les lésions directement abordables, puis la toilette de la plaie opératoire et l'ablation à la curette à la pince gouge, ou au couteau diathermique suivant la localisation de toutes les zones suspectes.

L'hémostase soigneuse parfois difficile peut être très facilitée par la coagulation diathermique. Elle est terminée par un tamponnement à la fois hémostatique et antiseptique (sérum anti-gangréneux-vaccin de Delbet). Les sutures on a vu pourquoi, sont exceptionnellement possible, en tout cas elles demeurent partielles et limitées.

b) L'acte complémentaire qui s'impose dans la majorité des cas consiste en un traitement radiumthérapique consécutif.

Comment doit être faite cette association ?

Il est nécessaire pour qu'elle soit bien faite que tous les tissus placés par le premier traitement dans de mauvaises conditions trophiques aient été supprimés afin d'éviter l'élimination prolongée d'escharres qui retarderaient la cicatrisation et faciliteraient l'infection du foyer opératoire, le développement d'infections du type érysipélateux en particulier.

Il faut également qu'on puisse faire des applications de radium à haute dose beaucoup plus efficaces en ces cas que les rayons X en raison de la radio-résistance acquise. Ces applications sont facilitées par le délabrement chirurgical qui crée des cavités où l'on peut facilement aller porter le radium au voisinage des lésions, tout en maintenant les conditions de filtration nécessaires.

c) On se trouve dans la nécessité de pratiquer une surveillance ultérieure et des retouches.

Souvent malgré toutes les précautions il peut se produire des repullulations de cellules néoplasiques heureusement locales et limitées. Lorsqu'on sait les déceler de bonne heure par une surveillance attentive elles imposent alors des retouches complémentaires soit chirurgicales soit par l'électro-coagulation, soit encore dans des cas particuliers par des applications d'aiguilles de radium.

Ainsi l'on a la possibilité d'obtenir des guérisons complètes secondairement.

d) Enfin se pose le problème de la réparation.

On conçoit qu'il est secondaire. On s'abstiendra de toute autoplastie pour pratiquer une prothèse qui devra être légère non irritante sans point d'appui au niveau des zones fraîchement cicatrisées et conçue de telle sorte qu'elles permettent une surveillance facile des lésions cicatrisées protégées au besoin sous l'appareil prothétique par un pansement approprié.

Sans discuter ici longuement les avantages et les inconvénients des diverses substances employées pour ces appareils légers indéformables ininflammables à base d'acétate de cellulose actuellement employés chez de tels malades dans le service de notre maître M. le Professeur Bérard (1) où leurs avantages les ont fait substituer aux divers types d'appareils jusque là utilisés.

(1) Creyssel et Lapierre: Société des Sciences médicales de Lyon, 6 février 1929. *Lyon Médical*, 22 mai 1929.

CHAPITRE III

Indications cliniques

Nous allons envisager maintenant dans quel cas il faut entreprendre ce traitement et ce qu'il convient de faire en pratique dans les principaux cas rencontrés.

I. — Limites des indications

Il est assez difficile de fixer d'une façon précise la limite des indications dans de tels cas. D'une façon générale il convient d'être très large : en effet avec de tels malades irrémédiablement condamnés souvent atteints de lésions répugnantes septiques infectantes, l'on a rien à perdre et il ne faut pas reculer devant l'étendue de la mutilation. Toutefois on éliminera les cas avec adénopathie fixée ou plus encore ulcérées et

les cas avec lésion trop infectée et atteinte de l'état général ne permettant pas un traitement suffisant. On aura intérêt au cours du traitement de ces malades à faire des numérations globulaires répétées, on éliminera les cas où les malades présenteront notamment une chute trop marquée du nombre des globules rouges. Mais il faut savoir qu'avec l'anesthésie locale et les opérations en plusieurs temps l'on peut étendre beaucoup les indications. Il n'y a notamment à peu près pas de contre-indication d'âge.

II. — A quel moment faut-il agir ?

Théoriquement une contre-indication à une action chirurgicale ou physique nouvelle pourrait se poser du fait d'un traitement trop récent : On sait en effet les mauvais résultats que donne l'intervention chirurgicale sur des tissus irradiés depuis quelques semaines les nécroses étendues et progressives qu'elle peut provoquer.

En fait, en règle générale, la récurrence survient un temps assez long (plus de deux à trois mois) après le premier traitement pour qu'on puisse intervenir dans les conditions ci-dessus indiquées en renonçant à toute tentative de réparation immédiate aussitôt que le malade est vu et que la récurrence est certaine, confirmée par un examen microscopique des fragments prélevés ou cliniquement évidente.

III. — Indications particulières suivant les localisations

Nous ne pouvons ici entrer dans le détail de tous les cas particuliers aussi allons nous seulement envisager quelques cas les plus fréquents.

a) *Les épithéliomas du pavillon de l'oreille.* — Il s'agit là d'un cas relativement simple en raison des conditions anatomiques. Il faut seulement bien connaître la nécessité de faire le sacrifice total de l'oreille, sacrifice qu'on fera suivre d'une application facile d'un masque complémentaire puis l'on surveillera particulièrement les adénopathies secondaires assez fréquentes ici.

b) *Les épithéliomas de l'aile du nez.* — Un large sacrifice très mutilant sera ici nécessaire. Il est suivi de la mise en place de radium dans la cavité, séparé des lésions par une couche protectrice de gaze. La dose appliquée varie avec l'étendue des lésions suivant les règles habituelles (1 millicurie,5 par centimètre carré). Elle peut être complétée par l'application d'un masque de cire avec tube de radium a distance (6 à 7 cm. d'épaisseur de cire). Ultérieurement il faut surveiller de très près la cicatrisation en pratiquant s'il y a lieu sur les points suspects quelques séances d'électro-coagulation complémentaires. La prothèse est ici nécessaire.

c) *Les épithéliomas de l'angle interne de l'orbite.* — Il faut savoir qu'ils exigent le sacrifice large de tout

le contenu de l'orbite à cause de la prolifération néoplasique en dedans et en profondeur s'étendant aux cellules ethmoïdales et au sac lacrymal.

On pratiquera donc une large intervention d'évidement qu'on fera suivre d'un tamponnement de la cavité et de l'application rapide de tubes de radium. Parfois ici encore on appliquera un masque complémentaire. Enfin on surveillera étroitement la formation de la cicatrice qui peut se faire par épidermisation complète mais le plus souvent incomplète qui exigera une prothèse sur pansement.

Observations et Résultats

OBSERVATION I

M. F....., âgé de 62 ans, entre dans le service le 28 août 1925 pour une ulcération de l'angle interne de l'œil droit qui se creuse et s'agrandit. Elle aurait débuté en juin à la suite d'une plaie produite par la rupture de lunette. Cette lésion occupe l'aile du nez au niveau de l'angle interne de l'œil droit sur une surface de 1 centimètre environ.

Biopsie : Epithélioma baso cellulaire pur.

Le malade subit un traitement radio-thérapique en trois séances en septembre 1925. Il quitte le service cicatrisé fin octobre. La caroncule lacrymale au-dessus est un peu indurée.

En février 1928 le malade revient. Depuis 6 mois une ulcération est réapparue au niveau de l'angle interne de l'œil, probablement par bourgeonnement remontant du sac lacrymal. C'est une ulcération à type rodens qui envahit toute la paupière intérieure et a gagné la partie droite du nez jusqu'au voisinage de l'attache frontale. Pas de ganglions pré-auriculaires mais un ganglion mou un peu volumineux dans la région sous-maxillaire droite.

Traitement par le radium. Application d'un appareil de cire avec 3 tubes de 100 le 18 février pendant 48 heures et d'un autre appareil avec 3 tubes de 50 le 13 mars.

Une réaction considérable empêche une application suffisamment prolongée et en juin 1928, malgré le traitement,

l'infiltration a creusé au niveau de l'angle interne de l'œil du côté de la base du nez et des fosses nasales de la paupière supérieure et du globe oculaire. L'énucléation de l'orbite est indiquée.

Intervention le 7 juillet 1928 (docteur Creyssel), incision circonscrivant à distance les lésions cutanées. On dégage en dehors, en haut et en bas le rebord orbitaire, en dedans les lésions s'étendent loin de l'orbite, on les enlève aussi largement que possible. Résection de toutes les parties osseuses suspectes et curettage. La fosse nasale droite étant largement ouverte on y fait ressortir une mèche. Une deuxième mèche dans la cavité orbitaire sort à la partie inférieure de l'incision. Suture partielle des téguments.

En août 1928, l'application de radium, bien qu'insuffisante, a déterminé la nécrose de l'os propre du nez à droite. Autour de cette zone sont des bourgeons suspects, on enlève à la curette les bourgeons, l'os propre et la cloison médiane. La cicatrisation se poursuit lentement avec bon aspect de la plaie. Pas de point suspect, sauf au niveau du bord inféro-interne, un tout petit point bourgeonnant sur lequel on fait de la diathermie.

En décembre, état aussi satisfaisant que possible, pas de ganglions suspects, épidermisation normale.

Le 23 janvier 1929, prothèse faciale en acétate de cellulose maintenue par des lunettes.

OBSERVATION II

Madame R....., âgée de 67 ans, entre dans le service le 22 avril 1926, envoyée pour épithélioma de l'orbite. Rien à noter dans les antécédents pathologiques en dehors d'un épithélioma cutané apparu il y a 20 ans sous forme d'une croûte de la joue droite, qui rapidement se transforma en ulcération bourgeonnante. Traitement précoce par le Docteur Barjon qui amène la guérison de cette lésion.

L'affection actuelle a débuté il y a 8 ans environ. A cette date, traumatisme de la région maxillaire, suivi de l'apparition au dessous de la paupière inférieure droite d'une ulcération bourgeonnante, saignant facilement, qui circonscribit peu à peu l'œil, oblitérant la fente palpébrale, amenant une rétraction et une fonte du globe oculaire. La malade est alors hospitalisée à Saint-Etienne (1923), où on lui fait un traitement radio-thérapique en 6 séances, mais l'évolution continue malgré le traitement. Elle ne s'accompagne ni de douleurs violentes, ni d'atteinte de l'état général malgré de petites hémorragies répétées.

A l'entrée (22 avril 1926), bon état général, localement l'orbite droite est en grande partie envahi par une ulcération partiellement recouverte de croûtelles noirâtres débutant en dehors de l'angle interne de l'œil, entourant complètement la fente palpébrale sur un demi-centimètre en moyenne, plus largement en bas et en dehors. La fente palpébrale est devenue minuscule et ne laisse plus apercevoir le globe oculaire. Aucune adénopathie perceptible.

Intervention le 24 avril 1926 (Docteur Dunet). Incision circonscrivant les lésions en tissus sains, enlevant en bloc tout le liseré néoplasique orbitaire, le bord supérieur du maxillaire supérieur, le contenu de l'orbite et le bord antérieur du malaire. Tamponnement. Aucune tentative de suture. L'examen de la pièce montre que l'œil est ratatiné presque méconnaissable.

Examen histologique : épithélioma malpighien mixte avec prédominance très marquée du type basal. Mitoses très rares. Stroma conjonctif très abondant adulte dense.

Suites opératoires simples. Le 3 juin 1926. Traitement radium thérapeutique complémentaire : application d'un masque contenant 9 tubes de 6,8 avec 2 centimètres 1/2 de cire pendant 6 jours sur l'orbite et la région péri-orbitaire. 64 millicuries, 8 détruites.

Cicatrisation progressive et lente par épidermisation de la périphérie au centre sans persistance de bourgeons suspects. La malade est revenue à diverses reprises de mai à novembre 1926. A cette date la cicatrisation est à peu près complète. Elle est revue enfin le 24 avril 1929. Le résultat s'est maintenu excellent. Epidermisation com-

plète de la plaie opératoire. Peau de bonne qualité, bien qu'un peu mince, sauf à la partie moyenne ou sur 2 à 3 millimètres elle paraît d'une fragilité particulière. Aucune trace de récurrence locale ou ganglionnaire. Etat général excellent.

OBSERVATION III

Madame S....., âgée de 55 ans, entre dans le service envoyée par le Docteur X..., de Belfort, le 19 avril 1928, pour épithélioma de la région malaire gauche. Rien à signaler dans les antécédents. La lésion actuelle aurait débutée il y a 7 ans par une petite ulcération de la grosseur d'une tête d'épingle, recouverte d'une croûte qui était arrachée à chaque toilette. Puis l'ulcération grandit progressivement sans douleur. Depuis un mois seulement quelques douleurs en coups d'épingle dans la région orbitaire gauche. La malade a subi un traitement radio-thérapeutique pendant un an environ, d'août 1924 à août 1925. Elle ne peut dire combien elle a eu de séances, mais elles ont été assez fréquentes.

A l'examen, bon état général. Localement, entre l'angle externe de l'œil gauche, qui est attiré en dehors par une rétraction cicatricielle de la peau et le pavillon de l'oreille sans cependant l'atteindre, se trouve une vaste ulcération, à peu près circonscrite de 5 cm de diamètre environ, bourgeonnante dans sa partie postérieure. Le bord est légèrement surélevé et induré. Au niveau de l'os malaire il reste très peu de tissus superficiels. On a l'impression que l'os est presque à nu. Aucun trouble du côté du pharynx, ni du côté de l'œil si ce n'est une légère hémorragie conjonctivale. Pas d'adénopathie perceptible.

Biopsie (22 avril 1926), épithélioma malpighien du type baso-cellulaire pur avec stroma conjonctif moyennement abondant.

Le 22 avril 1926, intervention (Professeur Bérard) du côté antéro-interne de l'ulcération, à cause des troubles dystrophiques on ne dépasse pas beaucoup la limite des lésions, mais en bas et en arrière on dépasse d'un centi-

mètre le bourrelet cutané induré. A cause de la radio-dermite et de la possibilité d'une fistule salivaire on se borne à faire une simple autoplastie partielle. On rapproche les bords de la plaie. La cicatrisation se fait dans de bonnes conditions, mais il persiste au niveau du malaire une nécrose sans ulcération et le 10 juin 1926 s'élimine un séquestre constitué par le tiers externe de cet os. La malade quitte le service en juillet 1926. La plaie est cicatrisée mais il persiste une petite ulcération de la grosseur d'une tête d'épingle n'ayant tendance ni à rétrocéder, ni à s'étendre.

Le 12 juin 1927 la malade revient dans le service. Aucun autre traitement n'a été fait, et depuis 8 jours il se forme une tuméfaction rouge presque indolente qui évolue vers la fistulation. Une ulcération se forme et l'on est bientôt en présence d'une plaie anfractueuse profonde envahissant toute la région malaire et les bords latéraux de l'orbite. état général assez bon, malgré un amaigrissement de 7 kilos en quelques mois.

Biopsie : épithélioma malpighien type baso-cellulaire pur, stroma conjonctif abondant et scléreux.

Le 23 juin 1927, intervention : ablation totale en bloc nécessitant l'exérèse de toute la moitié externe des deux paupières, l'exérèse de l'orbite et la résection de la paroi orbitaire extérieure et de la paroi inférieure de la portion antérieure et extérieure du sinus maxillaire, de toute l'arcade zygomatique, de l'apophyse coronôide du maxillaire inférieur. Suites opératoires satisfaisantes. Nécrose superficielle de la branche montante du maxillaire. Cicatrisation lente mais progressive.

En février 1928, ablation d'un ganglion pré-oriculaire adhérent à l'os.

En mars 1928 (Professeur Bérard), large exérèse des lésions suspectes persistant encore au niveau de la face. Résection de l'articulation temporo-maxillaire. Ensuite application d'un masque de 8 tubes de 50 pendant 9 jours = 86,4.

Le 20 juin 1928, restauration prothétique avec un œil artificiel maintenu par des lunettes.

La malade a donné de bonnes nouvelles de son état récemment.

OBSERVATION IV

Madame P....., âgée de 60 ans, entre dans le service le 6 mars 1925, pour épithélioma de la joue droite. Début en 1914 par un petit bouton au niveau de la région sous-orbitaire droite qui progresse vers la paupière inférieure atteignant le volume d'une cerise et gênant les mouvements de la paupière. En 1915, exrèse et autoplastie à Saint-Etienne. Guérison maintenue pendant 5 ans. Récidive locale en 1920 et traitement radio-thérapique interrompu pour des raisons pécuniaires. La malade reste sans soin pendant 5 ans.

A l'examen, tumeur ulcérée et bourgeonnante s'étendant du sourcil à la lèvre supérieure et de la racine du nez à l'arcade zygomathique. Bords indurés. Suppuration. Le globe oculaire n'est plus visible. Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie : épithélioma baso-cellulaire pur.

Le 11 mars 1925, application de 10 tubes de radium de 50 pendant 7 jours = 84. Excellent résultat qui se maintient pendant un an à part une petite zone indurée au niveau de l'angle interne de la paupière. En mars 1926, cette petite zone s'est ulcérée et est devenue douloureuse.

En juillet 1926, on décide de faire l'exérèse de l'orbite, mais dès l'excision des tissus superficiels on se rend compte qu'il existe un envahissement néoplasique qui a gagné la région sous-orbitaire et la curette, effondrant le plancher de l'orbite, montre qu'il existe un bourgeonnement sous le sinus maxilaire qui s'étend jusqu'à la cloison nasale et à l'apophyse palatine du maxillaire supérieur. On fait sauter toute la paroi antérieure du sinus, on ouvre la fosse nasale et on abat tout le plancher de l'orbite, puis on pratique une toilette attentive du foyer. La cicatrisation progresse sans incident et le 15 septembre la malade rentre chez elle guérie.

Elle demeure sans donner de ses nouvelles et une lettre adressée à la mairie de sa résidence nous apprend son décès, survenu le 10 janvier 1929, sans autre explication.

OBSERVATION V

Madame B....., âgée de 48 ans, entre le 10 mars 1925 pour épithélioma de l'angle interne de l'œil et de l'aile gauche du nez. Début en 1920 par un bouton du sillon naso-génien gauche. Traitement précoce par l'eau d'alibour et injection de sel de mercure, puis traitement par les rayons X jusqu'en novembre 1924. Pas de traitement depuis cette époque.

A l'examen, la tuméfaction s'étend sur la partie latérale gauche du nez. L'aile du nez a disparu. L'angle interne de l'œil est ulcéré. Une partie de la paupière inférieure a également disparu. La tumeur descend le long du sillon nason-génien qu'elle comble. La lèvre supérieure à gauche est rétractée, fixée en haut, dure et infiltrée. Toute cette masse est fixée aux plans profonds absolument immobilisables. Existence d'un petit ganglion sous-angulo-facial gauche mobile.

Biopsie épithélioma malpighien baso-cellulaire.

Traitement par application d'un masque de 8 tubes de radium de 50 pendant 8 jours = 76,8. Bon résultat. Trace de radio-dermite.

En août, une ulcération récidive au niveau de l'angle interne de l'œil. Exérèse. Biopsie : épithélioma malpighien type basal.

Revue en janvier 1926, la malade présente des lésions de nécrose surtout au niveau des os de la racine du nez et de l'ethmoïde. Persistance d'une ulcération qui paraît dystrophique et de lésion de radio-dermite.

Le 6 juin 1926, étant donnée l'existence d'une récidive au niveau de la portion restante de la paupière inférieure, on fait une exérèse de l'orbite avec ablation des tissus péri-orbitaire suspects. En août, bon aspect des tissus.

La malade revient en février 1927 avec une large ulcération de la région orbitaire dont le fond est nettement néo-plasique. Une ulcération inférieure englobe la joue et l'aile du nez et présente des lésions mixtes. Traitement par rayons X = 15 H.

En janvier 1928, les pourtours de la lésion sont bourgeonnants avec des caractères suspects au niveau de l'angle orbitaire et de la plaie cavitaire occupant la place de l'orbite gauche. On tente l'électro-coagulation des surfaces suspectes.

En mai 1928, progression de l'ulcération du côté supéro-interne.

Depuis cette époque il nous a été absolument impossible d'obtenir des nouvelles de cette malade.

OBSERVATION VI

M. E....., âgé de 64 ans, entre dans le service le 6 mai 1926, envoyé pour néoplasme de la région auriculaire et temporale gauche. Rien à signaler dans ses antécédents. En 1920, le malade a reçu un coup de rasoir dans la région temporale et en 1922 il a vu apparaître au niveau de la cicatrice un bouton qui a grossi et s'est transformé en une ulcération qui a gagné la face postérieure de l'oreille. Le malade ne souffrant pas attend jusqu'en février 1926 pour consulter un chirurgien qui propose un traitement radiothérapique à Valence où on le traite pendant 3 mois. Puis le traitement est suspendu à cause des frais et le malade est envoyé à Lyon.

A l'examen, dans la région temporale gauche se trouve une ulcération de 4 ^{cm} de diamètre environ à bords indurés, profonde, ayant atteint le tragus. En arrière, l'ulcération est plus petite et s'étend au-devant de la mastoïde. Tout le reste du pavillon est infiltré et dur. Autour de l'ulcération l'infiltration tissulaire s'étend sur une longueur de 1 ^{cm} environ. Sur le versant droit du nez existe une ulcération superficielle recouverte d'une croûte brunâtre et qui date de 10 ans. Du côté gauche existe aussi une petite ulcération à base indurée datant de 2 ans. Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie épithélioma malpighien mixte. Quelques rares cellules cornées. Stroma très abondant, dense, adulte.

Le 11 mai 1926, intervention (Docteur Dunet), trépanation pour réaliser un petit volet sous-temporal qui permet ensuite de faire sauter en bloc toute la moitié antérieure de la mastoïde, la portion extérieure du rocher et la partie la plus inférieure de l'écaille temporale.

Le 8 juillet 1926, feu nu = 25 H. sur les lésions nasales.

Le malade part guéri et reprend du poids, mais l'apparition d'une petite tuméfaction au-dessus de l'angle externe de l'œil gauche le ramène le 20 juin 1928. On pratique l'ablation de ce petit nodule.

Résultat satisfaisant. Il persiste quelques petites ulcérations torpides au niveau de la région temporo-mastoïdienne, depuis le malade est revu plusieurs fois et se maintient en excellente santé.

OBSERVATION VII

Madame C....., âgée de 69 ans, entre dans le service le 8 novembre 1924 pour ulcération néoplasique de l'oreille gauche. Bonne santé antérieure. Rien à signaler dans les antécédents. La lésion actuelle date de plusieurs années, elle aurait même débutée il y a 15 ans environ sous la forme d'un petit bouton situé au niveau du tragus de l'oreille gauche, lésion qui resta longtemps sans évoluer malgré des cautérisations au thermo-cautère. Depuis 2 ou 3 ans seulement, l'évolution est un peu plus rapide, en particulier extension rapide depuis juillet 1924.

A l'examen, bon état général. Localement, ulcération au niveau du tragus gauche de l'étendue d'une pièce de 1 francs envahissant le conduit auditif externe, à bords flous, non indurés ni surélevés suintante, bourgeonnante, saignant facilement. L'examen de la face montre en outre de multiples crasses séniles datant de plusieurs années. Pas d'adénopathie perceptible.

Biopsie : épithélioma malpighien du type mixte baso et spino-cellulaire sans formation cornée avec stroma conjonctif peu abondant.

Le 28 novembre 1924, traitement radio-thérapique : radio-thérapie superficielle à feu nu, 15 centimètres d'étincelle, 2 M A. 18 H. suites simples : cicatrisation progressive de la lésion. La malade est revue en très bonne voie de guérison en avril 1925.

Le 30 avril 1926, la malade revient dans le service. Elle est restée guérie pendant 9 mois, mais depuis 6 mois est réapparue une petite ulcération du lobule de l'oreille, au niveau de l'anti-tragus, sans douleur, sans troubles de l'audition, mais progressive, saignant à chaque pansement.

A l'examen on trouve en effet le tragus rongé par une ulcération qui s'étend vers la profondeur du conduit auditif et dans la paroi antérieure de celui-ci, l'obstruant presque complètement. Ulcération bourgeonnante, saignant facilement. Pas d'adénopathie. Etat général toujours excellent.

Le 4 mai 1926, intervention (Professeur Bérard), ablation de l'oreille en passant au large en tissus sains. Suites opératoires simples, le 19 mai on note que la plaie est en très bonne voie de cicatrisation. En octobre 1926 la malade est revue, la cicatrisation est complète, le résultat en tous points excellent. Depuis cette date et jusqu'au 24 avril 1929 la malade a été revue à plusieurs reprises. Elle a subi plusieurs séances d'électro-coagulation pour les crasses séniles multiples qu'elle présente au niveau de la face. La cicatrice au niveau de l'oreille reste en excellent état. Il persiste actuellement encore de multiples crasses séniles qui seront soumises à l'électro-coagulation.

OBSERVATION VIII

M. R...., âgée de 69 ans, entre dans le service le 9 décembre 1923 pour épithélioma de l'aile droite du nez, qui aurait débuté en 1915 par une petite nodosité qui fut cautérisée à plusieurs reprises mais récidiva, s'agrandit et s'ulcéra.

A l'examen, large ulcération de l'aile du nez n'atteignant pas les plans osseux. Quelques ganglions au niveau de la faciale droite, peu mobile. Quelques ganglions également au niveau de la faciale gauche.

Biopsie : elle semble avoir porté en dehors de la zone suspecte, car on ne trouve pas de zone épithéliomateuse mais seulement un revêtement malpighien légèrement hyperplasié.

Le 10 décembre 1923, application d'un masque de cire avec 6 tubes de 6,8 pendant 5 jours = 36.

Les lésions épithéliales disparaissent. Atrésie de la narine. En juin 1924, il ne semble plus exister de tissus néoplasiques mais simplement une cicatrice avec deux petites perforations de l'aile nasale. En décembre 1924 la guérison est réalisée. On ne constate plus d'ulcération, la muqueuse est totalement reconstituée ; on ne trouve pas de croûte dans la narine qui est demeurée perméable à l'air. On applique une prothèse montée sur lunette.

Le malade revient en mars 1926. Il existe au niveau du bord extérieur de la cicatrice une récidive incontestable avec envahissement large des cornets moyens et intérieurs et de la paroi antérieure du sinus.

Biopsie épithélioma malpighien baso-cellulaire.

Intervention : on circonscrit la lésion et on abrase tout ce qui paraît suspect sur les deux maxillaires supérieurs et les os du nez. Tamponnement. Effluvage post-opératoire. Cicatrisation normale. En mai, excellent résultat au niveau des parties molles. Il y a une poussée d'ostéite du côté du maxillaire du fait probable d'une nécrose tardive.

Le malade part et revient en juillet avec des lésions nasales non indurées ayant l'aspect de troubles tophiques. En octobre la perte de substance est recouverte de bourgeons rosés avec des bords souples, mais on constate une induration suspecte de l'épaisseur de la joue au voisinage avec deux ganglions un peu augmentés de volume dans la région sous-maxillaire.

Le malade meurt en novembre 1926 d'une métastase intestinale.

OBSERVATION IX

Madame R....., âgée de 59 ans, entre dans le service le 27 octobre 1925 pour néoplasme du nez. Il aurait débuté il y a 10 ans par un petit bouton dans la région sous-orbitaire droite. Augmentation progressive sans douleur. Traitement par des caustiques, puis ablation à Valence en 1920. La guérison se maintient pendant un an, puis apparaît sur la cicatrice une ulcération avec des douleurs irradiées au maxillaire supérieur. Traitement par les rayons X à Valence, interrompu volontairement par la malade il y a un an.

A l'examen, vaste ulcération occupant l'aile du nez et la région sous-orbitaire droite. L'aile du nez rongée jusqu'à la cloison. Cependant le squelette osseux semble respecté au niveau de la lésion sous-orbitaire. Le fond de l'ulcération est bourgeonnant et laisse couler du pus.

Biopsie : épithélioma malpighien baso-cellulaire.

Traitement par les rayons X feu nu = 25 H, puis application en décembre de 5 aiguilles de 10 pendant 168 heures = 8,4.

Le 10 janvier 1926, énucléation de l'œil pour panophtalmie, excellent résultat. La malade revient au bout d'un an. La région nasale est restée guérie, mais il y a un bourgeonnement au niveau de l'orbite et de la région sous-orbitaire correspondant à une récurrence.

Biopsie : épithélioma très atypique baso-cellulaire.

Le 22 janvier 1927, intervention (Docteur Dunet), évidemment de la loge sous-maxillaire et ablation d'un ganglion parotidien. Exérèse de la tumeur de la face qui comporte l'ablation du maxillaire supérieur sauf la voûte palatine et l'évidement total de l'orbite. Bonnes suites opératoires. Mise en place en mars d'un appareil de prothèse. La malade est revue plusieurs fois jusqu'en janvier 1928, en excellent état. On apprend récemment son décès qui est très probablement dû à une cause étrangère à son néoplasme.

OBSERVATION X

M. A....., âgé de 62 ans, entre dans le service le 1^{er} avril 1926 pour cancroïde du nez. La lésion actuelle aurait débuté il y a deux ans par un bouton au niveau de l'aile gauche du nez, sur l'emplacement d'une cicatrice de coup de hache. Ce bouton s'ulcère et grossit progressivement malgré un traitement par des pommades.

En 1925 traitement par des pointes de feu à Chambéry, puis par 12 séances de rayons X à Annecy. Les irradiations apportent une légère amélioration, mais le traitement est suspendu pour des raisons pécuniaires. L'ulcération augmente régulièrement de volume, sans douleur jusqu'au moment où le malade est envoyé à l'hôpital.

A l'examen, destruction complète de l'aile gauche du nez et de la moitié gauche de l'extrémité nasale. Ulcération assez profonde recouverte d'une croûte sanieuse et reposant sur une base indurée. Les tissus à l'entour sont rouges, violacés. Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie : épithélioma malpighien mixte.

Intervention le 8 avril 1926 (Docteur DUNET). Evidement de la loge sous maxillaire. On circonscrit la lésion nasale et on enlève en bloc la narine gauche, une portion de la droite et l'on empiète sur la muqueuse nasale qui est envahie à gauche. Ablation aux ciseaux de la portion antérieure du cartilage médian.

Bonnes suites opératoires. Un peu de radio-nécrose qu'on enlève à la pince. Le malade quitte l'hôpital, mais il revient le 4 janvier 1928 avec ulcération de la portion gauche du nez de 4 ^{cm} de diamètre environ recouverte d'une croûte.

Une biopsie pratiquée ne fait pas découvrir d'éléments néoplasiques.

Intervention du 5 janvier 1928 (Professeur BERARD), incision dépassant largement la tumeur en surface et en profondeur. Ablation des bourgeons, des cartillages et des os du nez à la curette et à la pince gouge. Ablation du sac lacrymal. Tamponnement.

Le 12 janvier application de 3 tubes de 100 pendant 48 heures = 14,4. Le 25 avril application d'une prothèse nasale.

Le malade est revu plusieurs fois en excellent état jusqu'en mai 1929.

OBSERVATION XI

M. N....., âgé de 57 ans, entre à la clinique Vendôme pour épithélioma de la lèvre supérieure. Père mort à 33 ans d'un cancer de l'estomac.

L'affection actuelle a débuté en 1923 par un petit bouton à la lèvre supérieure. Rapidement ulcérée cette lésion n'a pas rétrocedé malgré l'application de pommades. Elle a une tendance térébrante. Le malade est soumis alors à un traitement radio-thérapique par le Docteur MALOT. Devant l'absence de résultat, le Docteur BERT pratique en juillet 1923 l'ablation de la lésion locale sans curage ganglionnaire. Une guérison apparente se maintient pendant 4 ans.

En février 1927, apparition d'un œdème de la lèvre sans ulcération. Nécrose du côté muqueux. Le malade est envoyé au Professeur BÉRARD qui pratique un évidement ganglionnaire sous maxillaire bi-latéral et sus-hyoïdien suivi de la mise en place de 8 aiguilles de radium.

En juin 1927 apparition d'un ganglion génien supuré. Incision suivie de l'application de 8 aiguilles pendant huit jours.

Examen histologique le 1^{er} juillet épithélioma malpighien type spino cellulaire. Pas de globe cornée. Nombreuses cellules en voie de keratinisation.

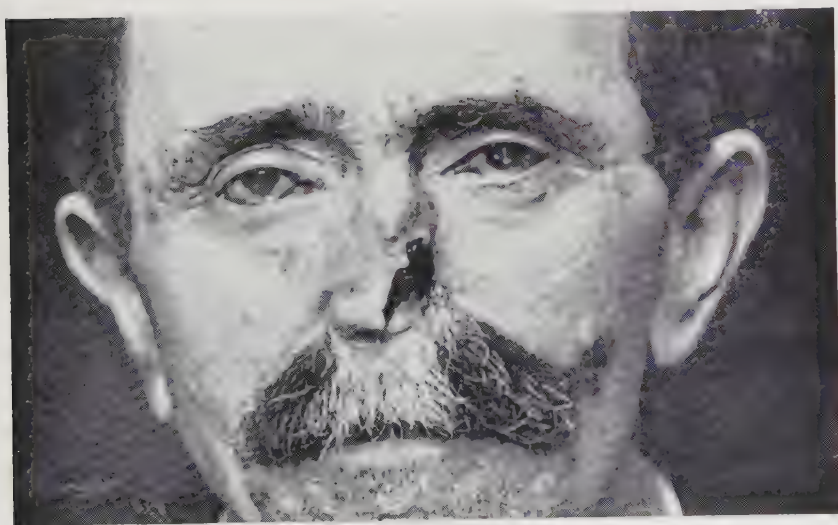
Depuis cette date et jusqu'en avril 1929 pas de signe de récurrence, état local et général excellent.

OBSERVATION XII

Mme L....., âgée de 74 ans, rentre le 9 juillet 1925 à l'hôpital pour cancroïde de la lèvre supérieure. La lésion



Malade de l'OBS. X. A l'entrée Avril 1926.



OBS. X. Juin 1926. Après première intervention.



Obs. X. Janvier 1928.



Obs. X. Mai 1928. Après deuxième intervention.



OBS. X Septembre 1928. Après prothèse.



Malade de l'OBS. IX Janvier 1927 (récidive).



Obs. IX. Février 1927. Après intervention.



Obs. IX. Mars 1927. Après prothèse.

aurait débuté en janvier par une petite excoriation qui s'est développée progressivement sans douleur.

A l'examen, à la commissure gauche de la lèvre supérieure on constate une petite tumeur, presque ronde du diamètre d'une pièce de 1 franc. C'est un plateau à bord rosé et bourgeonnant excorié au milieu. La pression fait sourdre une sanie brunâtre. Pas d'adénopathie perceptible.

Biopsie : épithélioma malpighien spino-cellulaire.

Traitement par les rayons X = 12 H. environ.

Cicatrisation sans ulcération suspecte le 23 août.

Le 24 février 1926, la malade revient avec une récidue occupant la lèvre supérieure : c'est une ulcération circulaire de près d'un centimètre et demi, bornée par une zone indurée de même diamètre qui se continue dans l'épaisseur de la joue.

Intervention le 27 février, ressection large de la tumeur. Suture. La malade part le 1^{er} mai cicatrisée, sans induration suspecte.

En février 1928 pour la dernière fois la malade donne de ses nouvelles, affirmant se trouver en assez bonne santé. On apprend ultérieurement son décès sans qu'il soit possible de préciser les circonstances dans lesquelles il s'est produit ?

RESULTATS

Si nous analysons succinctement ces observations, nous voyons que sur 12 cas de néoplasme récidivés et soumis à un traitement chirurgical complété la plupart du temps par une application de radium, il n'y a que cinq décès à déplorer après une période qui varie entre 3 et 4 ans. Sur ces cinq décès l'on peut en imputer au moins un si ce n'est deux à une cause étrangère au néoplasme, ce qui nous donne une proportion de résultats favorables éloignés de plus de 60 %.

Conclusions

I. — Le traitement par les agents physiques (rayons X en particulier) des épithéliomas ectodermiques de la face expose dans certaines localisations à des récidives qui ne sont plus justiciables de ce traitement .

II. — Les lésions récidivées ne sont pourtant pas dans tous les cas au-dessus des ressources thérapeutiques. En effet des lésions récidivées même étendues et profondes avec troubles trophiques des tissus voisins peuvent être guéries par une intervention chirurgicale large complétée par un traitement radiumthérapique et diathermique consécutif. Seul ce traitement est en particulier susceptible de guérir les épithéliomas ectodermiques localisés sur les régions cartilagineuses de la face (ailes du nez, oreille) avec pénétration de ce cartilage par le néoplasme.

III. — Les indications de ce traitement chirurgical sont très larges à condition que les lésions même étendues et profondes restent des lésions locales. Leurs conditions anatomiques particulières obligent à pra-

tiquer une chirurgie mutilante renonçant aux sutures et autoplasties et à une surveillance étroite et longue de la cicatrisation secondaire, cette cicatrisation exigeant souvent des retouches chirurgicales ou diathermiques.

IV. — Appliquée dans de telles conditions cette thérapeutique est susceptible de donner dans une forte proportion de cas des résultats durables et permet ultérieurement l'application de prothèses qui diminuent considérablement les inconvénients des mutilations pratiquées.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LE DOYEN,

BERARD

Pr le Doyen, l'Assesseur,

ETIENNE ROLLET.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 23 Mai 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

JOSSERAND

N. B. — En raison du caractère de ce travail, nous avons volontairement laissé de côté toute bibliographie pour n'apporter ici que des faits et des considérations cliniques.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Chapitre premier. — Considérations particulières du traitement de ces épithéliomas récidivés ..	9
Chapitre II. — Principes directeurs du traitement de ces épithéliomas récidivés.....	17
Chapitre III. — Indications cliniques.....	23
Observations et Résultats.....	27
Conclusions.....	43



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

• 42, QUAI GAILLETON •

• • • • • LYON • • • • •



